IDADE ANOS | MENOR DE 15 ☐ MAIOR DE 35 ☐

Data de nascimento ____/____/____

ESTUDOS

○ NENHUM ○ ALFABETIZADA ○ FUNDAMENTAL ○ MÉDIO ○ SUPERIOR

ANOS COMPLETOS ESTUDOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA ○ ESTÁVEL ○ SOLTEIRA ○ OUTRO ○

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA ○ NEGRA ○ MULATA ○ AMARELA ○ INDÍGENA ○

ANTECEDENTES

FAMILIARES

	SIM	NÃO
HIPERTENSÃO	○	○
DIABETES	○	○
PRÉ-ECLÂMPSIA	○	○
ECLÂMPSIA	○	○
TUBERCULOSE	○	○
OUTRA COND. GRAVE	○	○

PESSOAIS

	SIM	NÃO
	○	○
	○	○
	○	○
INFERTILIDADE	○	○
CARDIOPATIA	○	○
NEFROPATIA	○	○

CIRURG. GENIT. URINÁR. SIM ○ NÃO ○

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)

GESTAÇÕES | ABORTOS | PARTOS | VAGINAIS | CESÁREAS | 3 expont. consecs. | NASC. VIVOS | NASC. MORTOS | VIVEM | MORRERAM NA 1ª SEMANA | MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

ANTEC. GEMELAR SIM ○ NÃO ○

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS | ANO (< 1 ano)

AMAMENTAÇÃO SIM ○ NÃO ○

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO ○ SIM ○

ALGUM RN PESOU MAIS DE 4.500g: NÃO ○ SIM ○

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR ____ kg | ESTATURA 1 ___ cm

	DIA	MÊS	ANO
DUM			
DPP			

IG CONFIÁVEL POR: DUM (≥ 20s / < 20s) NÃO ○ SIM ○ | US NÃO ○ SIM ○

ANTITETÂNICA (dupla dose): VIGENTE (5 anos) SIM ○ NÃO ○ | GESTANTE NÃO VACINADA ○

DOSE 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ — MÊS GESTAÇÃO

HEPATITE B: SIM ○ NÃO ○ | DOSE 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ — MÊS GESTAÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM ○ NÃO ○ DIAS ☐

GRUPO ☐ | Rh + ○ − ○ | SENSIB. SIM ○ NÃO ○

INTERNAÇÃO: SIM ○ NÃO ○ | DIA | MÊS | ANO | LOCAL: _____

TRIM. 1º 2º 3º

DROGAS ○ ○ ○

ÁLCOOL ○ ○ ○

VIOLÊNCIA ○ ○ ○

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX	GRAVIDEZ DESEJADA	FALHA NA CONTRACEPÇÃO	FUMA	Nº DE CIGARROS AO DIA
SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	SIM ○ NÃO ○	☐

CONSULTA Nº / DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) / EDEMA (+a 4+) ○										
ALTURA UTERINA (cm)										
APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PROTEINÚRIA										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

DATA DE ENTRADA: DIA | MÊS | ANO — CARTÃO ○ SIM ○ NÃO

IDADE GESTACIONAL: SEM. ☐☐ DIAS ☐ — CONSULTAS DE PRÉ-NATAL ☐ TOTAL

TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM ○ NÃO ○

CORTICOIDES PERINATAL: COMPL. ○ INCOMPL. ○ NENHUM ○ NÃO APLIC. ○

SEM. INÍCIO ☐

INÍCIO TP: ESP. ○ INT. ○ CES. PROG. ○

RUPTURA DA MEMBRANA: INT. ○ ROT. ○ — DIA | MÊS | ANO — HORA | MIN. — < 37 SEM. ○ — ≤ 18 Hs ○ — TEMP. ≤ 38º ○

ACOMPANHANTE: TP | P — PARCEIRO ○ ○ — FAMILIAR ○ ○ — OUTRO ○ ○ — NENHUM ○ ○

TERMINAÇÃO: ESP. ○ CES ○ FORC ○ OUT. ○

HOSPITAL MA GRAV ○ SIM ○ NÃO ○ DIAS ☐☐

HORA | MINUTO | DIA | MÊS | ANO

CEF. ○ TRAN. ○ PELV. ○

POSIÇÃO DO PARTO: SENTADA ○ DEITADA ○ DE CÓCORAS ○

OCITÓCITOS: pré-parto SIM ○ NÃO ○ | pós-parto SIM ○ NÃO ○

DEQUIT. EXP. SIM ○ NÃO ○

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE INDUÇÃO OU PARTO OPERATÓRIO: _____ CÓD. INDUC. ☐☐ OPER ☐☐

LIGADURA PRECOCE CORDÃO SIM ○ NÃO ○

ATENDIDA POR:

	MÉDIC.	ENF. OBST.	ENF.	AUXIL.	ESTUD.	OUTRO
PARTO	○	○	○	○	○	○
NEONATO	○	○	○	○	○	○

EPSIOTOMIA SIM ○ NÃO ○

PLACENTA: COMPL. ○ RETIDA ○

MORTE FETAL: SIM ○ NÃO ○ — MOMENTO: PARTO ○ GRAV ○ GINEO ○

LACERAÇÃO NÃO ○ SIM ○ GRAU 1 a 4 ☐

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANESTESIA LOCAL ○ ANESTESIA REGIONAL ○ ANESTESIA GERAL ○ OCITOC. ○ NENHUM ○ — ANALGÉSICO ○ TRANQUILIZANTE ○ ANTIBIÓTICO ○ TRANSFUSÃO ○ OUTROS ○ _____

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA ○
- HIPERTENSÃO PRÉVIA ○
- HIPERTENSÃO INDUZ. GRAV. ○
- PRÉ-ECLÂMPSIA ○
- ECLÂMPSIA ○
- CARDIOPATIA ○
- DIABETES ○ I ○ II ○ G
- INFECÇÃO URINÁRIA ○
- INFECÇÃO OVULAR ○
- NEFROPATIA ○
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO ○
- REST. CRESC. INTRAUTERINO ○
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE ○
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE ○
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE ○
- ANEMIA CRÔNICA ○
- RUPTURA PREMAT. MEM. ○
- INFECÇÃO PUERPER. ○
- HEMORRAGIA PUERPER. ○
- OUTRA COND. GRAVE ○
- NENHUMA ○

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F ○ M ○

PESO AO NASCER ☐☐☐☐ g — < 2.500g ○ > 4.500g ○

APGAR MINUTO: 1º ○ 5º ○ — 6 OU MENOS ○

IDADE GESTACIONAL: SEM. ☐☐ DIAS ☐ — DUM ○ ECO ○ PREC. ESTIM. ○

ESTATURA ☐☐ cm — PER. CEF. ☐☐ cm

PESO / IG: ADEQ. ○ PEQUENO ○ GRANDE ○

	SIM	NÃO
REANIMAÇÃO	○	○
VPP-MÁSC. S. OXIG.	○	○
VPP-MÁSC. C. OXIG.	○	○
VPP-TUBO	○	○
MASS. CARDÍACA	○	○
DROGAS	○	○

ENCAMINHADO: ALOJ. CONJUNTO ○ NEONATOLOG. ○ CTI PED. ○ OUTRO HOSP. ○

IDADE POR EXAME FÍSICO ☐☐ Sem. — MENOR DE 37 SEMANAS ○

EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL ○ ANORMAL ○

EXAME NEUROL.: NORMAL ○ ANORMAL ○ DUVIDOSO ○

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL ○ ANORMAL ○

PATOLOGIAS: NENHUMA ○ 1 OU MAIS ○

CÓD. ☐☐ _____

CÓD. ☐☐ _____

MORTE NA SALA DE PARTO: SIM ○ NÃO ○

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA: NÃO ○ MENOR ○ MAIOR ○ CÓD. ☐☐

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			

ALIMENTAÇÃO: ALEITAMENTO EXCLUSIVO ○ MISTO ○ ARTIFICIAL ○

ALTA DO RN

SADIO ○ C/ PATOL. ○ TRANSF. ○ ÓBITO ○

DIA | MÊS | ANO

IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: ☐☐ DIAS ☐☐ HORAS

IDADE AO FALECER: ☐☐ DIAS ☐☐ HORAS

DECÚBITO DORSAL: SIM ○ NÃO ○

BCG: SIM ○ NÃO ○

HEPATITE B: SIM ○ NÃO ○

MORREU NO TRANSPORTE OU NO LUGAR TRANSFERIDO: SIM ○ NÃO ○

IDADE (dias completos) ☐☐ < 1 dia ○

PESO NA ALTA ☐☐☐☐ g

ALTA MATERNA

SADIA ○

TRANSFERIDA ○

C/ PATOLOGIA ○

DIA | MÊS | ANO

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ ○ PARTO ○ PUERPÉRIO ○

ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM ○ DIU ○ ORAL ○ OUTRA ○ LIG. DA TRO. ○ RITMO ○ NENHUM ○

Organização Pan-Americana da Saúde — Rede Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil — SUS — Governo de Minas Saúde — Ministério da Saúde — Governo Federal Brasil País rico é país sem pobreza